

Consulta de Psicoimunologia – Um Estudo sobre Comorbilidade

Psychoimmunology Consultation - A Study on Comorbidity

Mariana Marinho*, João Marques**, Manuel Esteves***, António Roma-Torres*, Miguel Bragança***

RESUMO

Introdução: Os doentes VIH-positivos notificados apresentam taxas de prevalência superiores à população geral para a maioria das perturbações mentais, com valores atingindo os 30 a 60%.

Objetivos: Caracterizar a população que é referenciada à consulta de Psiquiatria-Psicoimunologia; explorar a possível relação entre o diagnóstico psiquiátrico e as restantes variáveis em estudo; assim como a possível associação do tratamento antirretrovírico e da coinfeção pelo VHC com variáveis sociodemográficas e clínicas.


Métodos: Seleccionámos os doentes VIH-positivos referenciados pela primeira vez à consulta de Psiquiatria-Psicoimunologia, entre janeiro de 2012 e julho de 2015. A informação necessária acerca dos mesmos foi recolhida através do processo clínico em suporte informático. A análise estatística foi efetuada utilizando o programa de análise estatística *Statistical Package for Social Sciences* ©, versão 20.

Resultados: A amostra continha 209 doentes, com uma mediana de idades de 43 anos,

maioritariamente homens, com quatro anos de escolaridade, solteiros, profissionalmente inativos, infetados via comportamento heterossexual. Porém, verificámos diferenças estatisticamente significativas entre sexos para as últimas três variáveis. A maior parte encontrava-se sob tratamento antirretrovírico, sem diferenças significativas entre sexos. Na primeira consulta, 29,0% e 30,1% apresentavam, respetivamente, consumo de substâncias e coinfeção pelo VHC, com predomínio significativo nos homens. Mais de metade tinha antecedentes psiquiátricos, e os sintomas depressivos e a perturbação de adaptação à doença constituíram, respetivamente, o motivo de referência e o diagnóstico psiquiátrico mais frequente, em ambos os sexos.

A coinfeção pelo VHC correlacionou-se de forma estatisticamente significativa com as variáveis sexo, situação ocupacional, via de transmissão da infeção, história psiquiátrica e consumo de álcool e/ou drogas ilícitas.

O mesmo aconteceu entre o diagnóstico psiquiátrico e as variáveis tempo de notificação da infeção, consumo de álcool e/ou drogas e coinfeção pelo VHC.

* Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de São João  marianalemosmarinho@gmail.com.

** Serviço de Psiquiatria da Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

*** Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de São João e Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Recebido / Received: 19.02.2016 - Aceite / Accepted: 30.11.2016.

Conclusões: Ao longo do curso da infecção, estes doentes deparam-se frequentemente com múltiplos *stressores* que podem torná-los mais vulneráveis ao adoecimento psíquico. A disponibilidade de uma assistência psiquiátrica eficaz revela-se, portanto, crucial, sendo necessário o aumento de investigação futura nesta área.

Palavras-Chave: Adaptação/psicológica; Cérebro/imunologia; Humanos; Infecções VIH/imunologia; Infecções VIH/psicologia; Perturbações mentais; Progressão da doença; Psicologia; Psiquiatria; Psiconeuroimunologia; Seropositividade VIH/imunologia; SIDA.

ABSTRACT

Introduction: In comparison to the general population, notified HIV-positive patients have higher prevalence rates for most mental disorders, with values reaching 30-60%.

Objectives: To characterize the population that is referred to Psychiatry-Psychoimmunology consultation; to explore the possible relationship between psychiatric diagnosis, antiretroviral treatment and HCV co-infection, with sociodemographic and clinical variables.

Methods: We have selected HIV-positive patients referred for the first time to Psychiatry-Psychoimmunology consultation, between January 2012 and July 2015. Information was collected through the clinical process in electronic form. Statistical analysis was performed using the statistical analysis program Statistical Package for Social Sciences ©, version 20.

Results: The sample contained 209 patients, with a median age of 43 years, mostly men, with four years of schooling, single, professionally inactive, infected via heterosexual behavior. However, we found statistically significant differences between sexes for the last three variables. The majority was under antiretroviral treatment, with no significant differences between sexes. In the first consultation, 29.0% and 30.1% had, respectively, substance use and HCV co-infection, with a significant predominance in men. Depressive symptoms and adjustment disorder to the disease constituted, respectively, the referral reason and the most common psychiatric diagnosis, in both sexes. More than half had psychiatric history.

HCV co-infection showed a statistical significant correlation between variables like sex, occupational status, infection transmission route, psychiatric history and use of alcohol and/or illicit drugs. The same was true between the psychiatric diagnosis and some variables like infection notification time, alcohol and/or drugs and HCV co-infection.

Conclusions: During the course of infection, these patients often face multiple stressors that can make them more vulnerable to mental illness. The availability of an effective psychiatric care is therefore crucial, and it is necessary to increase the future research in this area.

Key-Words: Adaptation/psychological; AIDS; Brain/immunology; Disease progression; HIV infections/immunology; HIV infections/psychology; HIV seropositivity/immunology; Humans; Mental disorders; Psychiatry; Psychology; Psychoneuroimmunology.

INTRODUÇÃO

A Psiconeuroimunologia (ou psicoimunologia) foi introduzida, nos anos setenta, pelo psicólogo Robert Ader, que a definiu como “o estudo integrado das funções comportamental, neuronal, endócrina e imunológica que permitem ao organismo adaptar-se às múltiplas exigências constantemente colocadas pelos seus meios interno e externo”¹. Trata-se, assim, de uma área interdisciplinar que procura avaliar quer a etiologia psicológica da patologia médica quer a etiologia imunológica da patologia mental. Com este paradigma holístico do dualismo mente-corpo, base do modelo biopsicossocial², a Psiconeuroimunologia vem, portanto, colmatar a lacuna que, até há algumas décadas atrás, imperava entre as neurociências e a imunologia³. Em 1995, Dunn sintetizou as evidências das influências recíprocas entre o sistema nervoso central e o sistema imunitário em quatro pontos: condicionamento da resposta imunitária, efeito das lesões cerebrais na função imunitária, efeitos do *stress* na função imunitária e ativação do sistema nervoso central pelo sistema imunitário⁴⁻⁶.

De acordo com o Instituto Nacional de Saúde de Doutor Ricardo Jorge, IP (2014), a infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) constitui um importante desafio para a Saúde Pública em Portugal, tendo-se verificado, desde 1985 até ao final de 2013, um total de 47.390 notificações, nos diferentes estadios de infeção, e 9.880 óbitos em doentes seropositivos, 8.229 dos quais no estadio Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA). Em Portugal, os três distritos com maior número de casos acumulados de infeção são, por ordem decrescente, Lisboa (19.226 casos, correspon-

dendo a 40,6% do total), Porto (9.502; 20,1%) e Setúbal (5.579; 11,8%)⁷.

Com os avanços ocorridos nos últimos anos ao nível do conhecimento e do tratamento da infeção pelo VIH/SIDA, esta doença deixou de ser vista como uma doença fatal para passar a ser considerada como uma doença tendencialmente crónica, que necessita que a atenção seja direcionada para o processo de viver com, em vez de morrer com, esta doença⁸. Mais especificamente, várias das características próprias desta infeção, desde a elevada comorbilidade médica e/ou psíquica, passando pela incerteza do contágio e duplo padrão de infetado e infetante até ao impacto da dinâmica psicológica no curso da doença, fizeram com que, no contexto da medicina psicossomática, o doente crónico passasse a ser visto de uma forma diferente⁹. A infeção pelo VIH constitui, assim, um paradigma da relação das doenças somáticas com o aparelho psíquico¹⁰.

Comparativamente à população geral, os doentes seropositivos notificados apresentam um aumento da prevalência da maioria das perturbações mentais, em comorbilidade ou em duplo diagnóstico, alcançando taxas de 30 a 60%¹¹. De acordo com Cohen e Gorman (2008), nos doentes seropositivos existem cinco possibilidades de co-ocorrências psiquiátricas, nomeadamente apresentação psiquiátrica da doença médica, complicações psiquiátricas da doença médica ou do seu tratamento, resposta psicológica à doença ou a tratamentos médicos, apresentação médica de patologia ou tratamento psiquiátricos e comorbilidade entre ambas¹²⁻¹⁴. Assim, as perturbações psiquiátricas podem preceder a infeção pelo VIH, decorrer da ação desta no sistema nervoso

central ou, então, resultar do impacto que a doença provoca no sistema psicológico e na narrativa existencial do indivíduo¹⁰. Efetivamente, além do impacto da antecipação da realização do teste serológico, da notificação da infecção e do aparecimento dos sintomas clínicos, também os acontecimentos associados ao cotidiano com a família, os amigos e o trabalho poderão provocar a fragmentação das defesas psicológicas e o consequente sofrimento psíquico¹⁵⁻¹⁷.

Este sofrimento mental acrescido está associado a um impacto negativo importante na qualidade de vida e na adesão ao TARc e, consequentemente, a um pior prognóstico da infecção^{18,19}. Além disso, e mais especificamente, foi demonstrada a influência das substâncias psicoativas na progressão das infecções, alterando a resposta imune, potenciando a neurotoxicidade do VIH e diminuindo o efeito dos antirretrovíricos²⁰⁻²². Torna-se, portanto, evidente a necessidade do reconhecimento precoce e do tratamento adequado da patologia mental nestes doentes²³.

Com o objetivo de dar resposta a estas novas exigências, há cerca de 20 anos, foi criada, no Centro Hospitalar de São João (CHSJ), a consulta de Psiquiatria-Psicoimunologia, dirigida aos doentes com problemas emocionais ou outras patologias psiquiátricas funcionais ou orgânicas, associadas a determinados tipos de infecção, nomeadamente a infecção pelo VIH. Ao tratamento convencional das patologias psiquiátricas em causa, somam-se o apoio específico relacionado com a reação psicológica à doença infecciosa e as medidas psicoeducativas, visando a promoção da adesão ao tratamento, por vezes complexo, assim como a

prevenção quer da infecção de terceiros quer da reinfeção do próprio. Esta consulta específica de Psiquiatria, a par de uma consulta de Psicologia entretanto criada, funciona em íntima colaboração com outros serviços hospitalares, nomeadamente o Serviço de Doenças Infecciosas (SDI), sendo a prática clínica pautada por uma abordagem que se pretende multidisciplinar e holística, englobando a totalidade das interações existentes entre os aspetos biológicos, psíquicos, sociais e culturais do adoecer.

OBJETIVOS

Pretendemos caracterizar, de forma transversal, os fatores sociodemográficos, a história da infecção pelo VIH, a comorbilidade médica e a história psiquiátrica dos doentes VIH-positivos que são referenciados à consulta de Psiquiatria-Psicoimunologia da Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do CHSJ. Propomo-nos a explorar a possível relação entre o diagnóstico psiquiátrico estabelecido nesta consulta de Psiquiatria e as restantes variáveis em estudo. Procurámos estudar, também, a possível associação do tratamento antirretrovírico combinado (TARc) e da coinfeção pelo Vírus da Hepatite C (VHC) com outras variáveis sociodemográficas e clínicas.

MATERIAL E MÉTODOS

Para este estudo transversal, selecionámos os doentes VIH-positivos observados pela primeira vez na Consulta de Psiquiatria-Psicoimunologia, no período de janeiro de 2012 a julho de 2015, referenciados a partir do SDI. O SDI constitui uma referência a nível nacional para as Doenças Infecciosas, e a sua consulta

em ambulatório atualmente presta assistência a aproximadamente 2.100 portadores da infeção pelo VIH. Recolhemos a informação referente à caracterização sociodemográfica e clínica através do processo clínico em suporte informático (SCLínico). Estes dados incluíram sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, situação ocupacional, tipo de VIH, via de infeção, idade aquando da notificação, tempo decorrido desde a notificação da infeção até à data da consulta, TARc, consumo de álcool e/ou drogas ilícitas à data da consulta, coinfecção pelo VHC, tratamento atual com interferão- α , antecedentes psiquiátricos (história de acompanhamento pela especialidade, psicofármacos), motivo de referenciação à consulta de Psiquiatria-Psicoimunologia e diagnóstico psiquiátrico estabelecido na consulta. Efetuámos a análise estatística utilizando o programa de análise estatística *Statistical Package for Social Sciences* ©, versão 20.

Para a análise descritiva da amostra aplicámos estatísticas de sumário apropriadas. Descrevemos as variáveis categóricas através de frequências absolutas e relativas (%) e as variáveis contínuas através de medianas, dado apresentarem uma distribuição não normal. Avaliámos as possíveis diferenças existentes entre sexos para cada uma das restantes variáveis, sendo que para tal, aplicámos os testes Mann-Whitney, One-way ANOVA ou Qui-quadrado, conforme a natureza das variáveis em estudo. De forma a estudarmos as possíveis associações entre a variável sob TARc e outras variáveis em estudo, calculámos os coeficientes de correlação de Pearson ou de Spearman, dependendo de se a distribuição das variáveis em causa era, respetivamente, paramétrica ou

não paramétrica. Para avaliarmos as possíveis associações entre a variável coinfecção pelo VHC e outras variáveis a estudar, calculámos os coeficientes de correlação de Spearman, dado tratarem-se de variáveis com distribuição não paramétrica. Considerámos um nível de significância de 0.05.

Realizámos o estudo de acordo com os princípios da Declaração de Helsínquia.

RESULTADOS

A amostra incluiu 209 indivíduos, cujas características sociodemográficas estão apresentadas no Quadro I. Quase dois terços dos doentes estudados pertenciam ao sexo masculino, representando as mulheres 37,8% da amostra. A mediana de idades foi de 43 anos, com um mínimo de 20 e um máximo de 80 anos, e 98,6% eram de etnia caucasóide. Estas duas variáveis não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre sexos ($p=0,299$ e $p=0,42$, respetivamente). No que respeita ao estado civil, 44,0% eram solteiros, 34,4% estavam casados ou a viver em união de facto, representando os separados ou divorciados 15,3% e os viúvos 6,2% da amostra. No entanto, verificámos diferenças significativas entre sexos ($p<0.05$), sendo que os homens eram maioritariamente solteiros (61,5%), enquanto que nas mulheres predominou a categoria casados/em união de facto (45,6%). Relativamente ao nível de escolaridade, a maioria tinha o quarto ano de escolaridade, não havendo diferenças significativas entre sexos ($p=0.746$). Quanto à situação ocupacional, a percentagem de empregados (a tempo parcial ou completo) e desempregados era igual e correspondia a 33,0%, os reformados representa-

vam 31,6% da amostra e os estudantes 2,4%. No entanto, encontrámos diferenças significativas entre sexos ($p < 0.001$), sendo que a situa-

ção ocupacional mais frequente, nos homens, foi a aposentação (40,8%) e, nas mulheres, o desemprego (48,1%).

Quadro I. Caracterização sociodemográfica dos doentes.

	Sexo		Total (n=209)	p
	Masculino (n=130) (62,2%)	Feminino (n=79) (37,8%)		
Idade , mediana (min, max)	43,0 (20, 72)	43,0 (25, 80)	43,0 (20, 80)	0,987*
Etnia , n (%)				
Caucasóide	129 (99,2)	77 (97,5)	206 (98,6)	0,299*
Negróide	1 (0,8)	2 (2,5)	3 (1,4)	
Estado civil , n (%)				0,001*
Solteiro	80 (61,5)	12 (15,2)	92 (44,0)	
Casado/União de facto	36 (27,7)	36 (45,6)	72 (34,4)	
Separado/Divorciado	11 (8,5)	21 (26,6)	32 (15,3)	
Viúvo	3 (2,3)	10 (12,7)	13 (6,2)	
Escolaridade , n (%)				0,746*
0 anos	5 (3,8)	2 (2,5)	7 (3,3)	
4 anos	51 (39,2)	32 (40,5)	83 (39,7)	
9 anos	29 (22,3)	20 (25,3)	49 (23,4)	
12 anos	29 (22,3)	18 (22,8)	47 (22,5)	
Ensino superior	16 (12,3)	7 (8,9)	23 (11,0)	
Situação ocupacional , n (%)				0,001*
Empregado	41 (31,5)	28 (35,4)	69 (33,0)	
Desempregado	31 (23,8)	38 (48,1)	69 (33,0)	
Reformado	53 (40,8)	13 (16,4)	66 (31,6)	
Estudante	5 (3,8)	0 (0,0)	5 (2,4)	

*Teste de Mann-Whitney; **Teste de Qui-quadrado

Relativamente à infeção pelo VIH, o VIH do tipo 1 foi o responsável pela grande maioria

dos casos (98,6%), em ambos os sexos. A via de transmissão (Quadro II) mais frequentemente

referida foi a heterossexual (54,1%), seguida do UDI, em 26,3% dos casos. A categoria HSH totalizou 17,2% da amostra e a categoria “Outra” foi responsável por 2,4% dos casos. Porém, verificámos diferenças estatisticamente significativas para os dois sexos ($p < 0.001$), com o contacto heterossexual correspondendo, nas mulheres, a 86,5% dos casos, e, nos homens, a cerca de dois terços dos casos, percentagem esta quase sobreponível àquela da categoria UDI, no mesmo grupo. A mediana de idades à data da notificação foi de 33 anos, com um mínimo de 15 e um máximo de 72 anos, e 85,8% dos doentes encontravam-se sob TARc, sem diferenças significativas entre sexos para ambas as variáveis. No que diz respeito ao tempo de notificação da infeção por VIH, em aproximadamente dois terços dos casos (68,1%) a notificação da seropositividade tinha sido feita há mais de cinco anos, em 19,6% dos casos o tempo de diagnóstico variava entre um e cinco anos, e os restantes 12,0% tinham tido conhecimento da infeção há menos de um ano. Para estas três variáveis não encontrámos diferenças estatisticamente significativas entre sexos (respetivamente $p=0,071$, $p=0.788$ e $p=0.132$). Na primeira consulta, 29,0% apresentavam consumo atual de álcool e/ou drogas ilícitas e 30,1% estavam coinfectados pelo VHC, sendo ambos significativamente mais prevalentes no sexo masculino ($p < 0.001$) (Quadro II). Em termos de tratamento com IFN-alfa, verificou-se que 1,4% da amostra se encontrava sob este tratamento, sem diferenças estatisticamente significativas entre sexos ($p=0.174$). Quanto aos antecedentes psiquiátricos, estes estavam presentes em 58,4% da amostra, sem diferenças estatisticamente significativas entre os dois

sexos ($p=0.234$). No global, os motivos de referência (Quadro II) mais frequentes foram: sintomas depressivos (44,0%), sintomas ansiosos (21,5%) e consumo de álcool e/ou drogas ilícitas (14,4%). No entanto, encontrámos diferenças estatisticamente significativas entre sexos ($p<0.001$). Assim, apesar dos sintomas depressivos constituírem o principal motivo de referência em ambos os sexos, o seu predomínio foi mais evidente no sexo feminino. Nos homens, seguiram-se as categorias dos sintomas ansiosos e do consumo de álcool e/ou drogas ilícitas, as quais se encontravam igualmente distribuídas (20,0%). Nas mulheres, a segunda categoria mais frequente foi aquela representada pelos sintomas ansiosos (24,1%), tendo o consumo de álcool e/ou drogas ilícitas sido responsável pela referência de 5,1% dos casos.

Tal como se pode constatar no Quadro II, após a avaliação psiquiátrica, foi concluído que 9,6% dos casos não apresentavam psicopatologia significativa. O diagnóstico mais frequentemente atribuído foi o de perturbação de adaptação (35,4%), seguindo-se o de perturbação mental e do comportamento decorrente do uso de substâncias psicoativas (PM CSP) (19,1%), episódio depressivo (12,9%), perturbação de ansiedade (9,6%), perturbação de personalidade (4,8%) e síndrome demencial (3,3%). Porém, a frequência de cada diagnóstico psiquiátrico apresentou diferenças estatisticamente significativas entre os sexos ($p=0.029$). Assim, apesar de em ambos os sexos o diagnóstico mais frequente ter sido o de perturbação de adaptação, nas mulheres o segundo mais frequente foi o de perturbação de ansiedade, enquanto que nos homens foi o de PM CSP.

Quadro II. Caracterização clínica dos doentes.

	Sexo		Total (n=209)	p
	Masculino (n=130) (62,2%)	Feminino (n=79) (37,8%)		
Via de transmissão				0,001[#]
RS heterossexuais	45 (34,6)	68 (86,1)	113 (54,1)	
HSH	36 (27,7)	0 (0,0)	36 (17,2)	
UDI	46 (35,4)	9 (11,4)	55 (26,3)	
Outra	3 (2,3)	2 (2,5)	5 (2,4)	
Anticorpo para hepatite C				0,001[#]
Positivo	52 (40,0)	11 (13,9)	63 (30,1)	
Negativo	78 (60,0)	68 (86,1)	146 (69,9)	
Consumo de álcool e/ou drogas ilícitas				0,001[#]
Sim	52 (40,0)	9 (11,4)	61 (29,2)	
Não	78 (60,0)	70 (88,6)	148 (70,8)	
Motivo de referência				0,001[#]
Sintomas depressivos	45 (57,2)	47 (59,5)	92 (44,0)	
Sintomas ansiosos	26 (20,0)	19 (24,1)	45 (21,5)	
Alterações do comportamento	16 (12,3)	3 (3,8)	19 (9,1)	
Consumo de álcool e/ou drogas ilícitas	26 (20,0)	4 (5,1)	30 (14,4)	
Má adesão à terapêutica	12 (9,2)	3 (3,8)	15 (7,2)	
Outro	5 (3,8)	3 (3,8)	8 (3,8)	
Diagnóstico psiquiátrico				0,029[#]
Perturbação de adaptação	38 (29,2)	36 (45,6)	74 (35,4)	
Episódio depressivo	18 (13,8)	9 (11,4)	27 (12,9)	
Perturbação de ansiedade	8 (6,2)	12 (15,2)	20 (9,6)	
Perturbação de personalidade	6 (4,6)	4 (5,1)	10 (4,8)	
PMC induzida por substâncias	33 (25,4)	7 (8,9)	40 (19,1)	
Síndrome demencial	5 (3,8)	2 (2,5)	7 (3,3)	
Outro	9 (6,9)	2 (2,5)	11 (5,3)	
Nenhum	13 (10,0)	7 (8,9)	20 (9,6)	

[#]RS-relações sexuais; HSH-Homens que têm relações sexuais com homens; UDI-Use de drogas injetáveis; Outra (na via de transmissão)- Inclui hemofilia, transfusão sanguínea, exposição perinatal e fator de risco não reportado ou não identificado; Outro (no motivo de referência)- Inclui perturbações do sono e queixas mnésicas; Outro (no diagnóstico psiquiátrico)- Inclui Psicose esquizofrênica, Psicose não esquizofrênica, Perturbação afetiva bipolar e Atraso mental; [#]Teste de Mann-Whitney; [#]Teste de Qui-quadrado.

Não encontrámos quaisquer correlações entre a variável TARc e as variáveis nível de escolaridade ($r=0,011$, $p=0,870$), situação ocupacional ($r=-0,064$, $p=0,359$), tempo de notificação da infeção por VIH ($r=0,076$, $p=0,276$), via de transmissão ($r=-0,044$, $p=0,522$); história psiquiátrica ($r=0,070$, $p=0,317$), consumo de álcool e/ou drogas ilícitas ($r=-0,007$, $p=0,916$) e coinfeção pelo VHC ($r=-0,058$, $p=0,403$). Ao caracterizarmos a relação entre a variável coinfeção pelo VHC e várias das outras variáveis, não encontrámos correlações estatisticamente significativas com o estado

civil ($r=-0,126$, $p=0,068$), ao contrário do que verificámos nas variáveis idade ($r=0,161$, $p=0,020$), sexo ($r=0,276$, $p=0,001$), situação ocupacional ($r=0,232$, $p=0,001$), via de transmissão ($r=0,465$, $p=0,001$), história psiquiátrica ($r=0,237$, $p=0,001$) e consumo de álcool e/ou drogas ilícitas ($r=0,381$, $p=0,001$). Assim, a coinfeção pelo VHC apresentou uma prevalência significativamente superior nos homens, nos reformados, nos desempregados, naqueles infetados via UDI, naqueles com antecedentes psiquiátricos e nos que consumiam álcool e/ou drogas ilícitas (Quadro III).

Quadro III. Distribuição da coinfeção com hepatite C relativamente às características sociodemográficas, via de infeção, história psiquiátrica e consumo de álcool e/ou drogas ilícitas.

	Anticorpo hepatite C		<i>p</i>
	Positivo (n=63) (30,1%)	Negativo (n=146) (69,9%)	
Sexo			0,001[*]
Masculino	52 (82,5)	78 (53,4)	
Feminino	11 (17,5)	68 (46,6)	
Situação ocupacional			0,001[*]
Empregado	11 (17,5)	58 (39,7)	
Desempregado	21 (33,3)	48 (32,9)	
Reformado	31 (49,4)	35 (24,0)	
Estudante	0 (0,0)	5 (3,4)	
Via de transmissão			0,001[*]
Heterossexual	16 (25,4)	97 (66,4)	
HSH	4 (6,3)	32 (21,9)	
UDI	43 (68,3)	12 (8,2)	
*Outra	0 (0,0)	5 (3,4)	
História psiquiátrica			0,001[*]
Sim	48 (76,2)	74 (50,7)	
Não	15 (23,8)	72 (49,3)	
Consumo de álcool e/ou drogas ilícitas			0,001[*]
Sim	35 (55,6)	26 (17,8)	
Não	28 (44,4)	120 (82,2)	

Outra (na via de transmissão)-Inclui hemofilia, transfusão sanguínea, exposição perinatal e fator de risco não reportado ou não identificado; ^{}Coeficiente de correlação de *Spearman* é significativo para um nível de significância de 0.05 (2-tailed); ^{*}Teste de Qui-quadrado

O diagnóstico psiquiátrico correlacionou-se de forma estatisticamente significativa com as variáveis tempo de notificação da infecção ($r=-0,144$, $p=0,039$), consumo de álcool e/ou drogas ilícitas ($r=-0,142$, $p=0,040$) e coinfeção pelo VHC ($r=-0,181$, $p=0,009$), ao contrário do que aconteceu com as variáveis idade ($r=0,065$, $p=0,352$), sexo ($r=-0,075$, $p=0,280$), estado civil ($r=0,095$, $p=0,173$), nível de escolaridade ($r=-0,103$, $p=0,137$), situação ocupacional ($r=-0,047$, $p=0,500$), via de transmissão ($r=-0,130$, $p=0,061$), TARc ($r=0,061$, $p=0,378$), história psiquiátrica ($r=-0,125$, $p=0,071$) e motivo de referencia-

ção ($r=-0,002$, $p=0,982$). Mais especificamente, a categoria de diagnóstico PMCSP foi significativamente mais prevalente no grupo que consumia álcool e/ou drogas ilícitas (*versus* doentes sem consumo de álcool e/ou drogas ilícitas) à data da entrevista e nos doentes com anticorpo positivo para o VHC (*versus* doentes com anticorpo negativo), enquanto que as restantes categorias, à exceção da categoria “Outro”, mostraram uma prevalência significativamente superior naqueles sem consumo de álcool e/ou drogas ilícitas e nos doentes sem coinfeção (Quadro IV).

Quadro IV. Distribuição do diagnóstico psiquiátrico relativamente ao consumo de álcool e/ou drogas ilícitas e coinfeção pelo VHC.

	Álcool e/ou drogas ilícitas		Anticorpo hepatite C	Positivo	Negativo	<i>p</i>
	Sim	Não	<i>p</i>			
Diagnóstico psiquiátrico			0,031*			0,007*
Perturbação de adaptação (n=74) (35,4%)	5 (6,8)	69 (93,2)		10 (13,5)	64 (86,5)	
Episódio depressivo (n=27) (12,9%)	4 (14,8)	23 (85,2)		9 (33,3)	18 (66,7)	
Perturbação de ansiedade (n=20) (9,6%)	4 (20,0)	16 (80,0)		3 (15,0)	17 (85,0)	
Perturbação de personalidade (n=10) (4,8%)	1 (10,0)	9 (90,0)		2 (20,0)	8 (80,0)	
PMCSP (n=40) (19,1%)	36 (90,0)	4 (10,0)		25 (62,5)	15 (37,5)	
Síndrome demencial (n=7) (3,3%)	1 (14,3)	6 (85,7)		1 (14,3)	6 (85,7)	
*Outro (n=11) (5,3%)	6 (54,5)	5 (45,5)		6 (54,5)	5 (45,5)	
Nenhum (n=20) (9,6%)	4 (20,0)	16 (80,0)		7 (35,0)	13 (65,0)	

*Outro-Inclui Psicose esquizofrénica, Psicose não esquizofrénica, Perturbação afetiva bipolar e Atraso mental.

*Teste de Qui-quadrado

Relativamente ao tempo de notificação de infecção (Quadro V), a perturbação de adaptação apresentou uma distribuição semelhante entre as quatro categorias de tempos

de notificação; a maioria dos doentes que foram diagnosticados com episódio depressivo, perturbações de ansiedade e perturbações da personalidade tinha recebido a

notificação da infeção há mais de 5 anos; grande parte daqueles com síndromes demenciais, tal como aqueles incluídos na ca-

tegoria “Outro” tinham tido conhecimento da sua seropositividade para o VIH há mais de 10 anos.

Quadro V. Distribuição do diagnóstico psiquiátrico relativamente ao tempo de notificação.

	Tempo de notificação				<i>p</i>
	≤ 1 ano	> 1 anos ≤ 5	> 5 anos ≤ 10	> 10 anos	
Diagnóstico psiquiátrico					0,032[*]
Perturbação de adaptação (n=74) (35,4%)	15 (20,5)	19 (26,0)	19 (26,0)	20 (27,4)	
Episódio depressivo (n=27) (12,9%)	4 (14,8)	2 (7,4)	8 (29,6)	13 (48,1)	
Perturbação de ansiedade (n=20) (9,6%)	1 (5,3)	5 (26,3)	4 (21,1)	9 (47,4)	
Perturbação de personalidade (n=10) (4,8%)	1 (10,0)	3 (30,0)	1 (10,0)	5 (50,0)	
PMOSP (n=40) (19,1%)	1 (2,5)	6 (15,0)	14 (35,0)	19 (47,5)	
Síndrome demencial (n=7) (3,3%)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (28,6)	5 (71,4)	
*Outro (n=11) (5,3%)	1 (9,1)	1 (9,1)	0 (0,0)	9 (81,8)	
Nenhum (n=20) (9,6%)	2 (10,0)	5 (25,0)	3 (15,0)	10 (50,0)	

*Outro-Inclui Psicose esquizofrénica, Psicose não esquizofrénica, Perturbação afetiva bipolar e Atraso mental.

^{*}Teste de Qui-quadrado

DISCUSSÃO

Na nossa amostra verificámos um predomínio do sexo masculino (62,2%), com um rácio homem/mulher de 1,6. Este valor é inferior àquele obtido nos dados referentes aos casos acumulados, até ao final do ano 2013, em adultos portugueses, em que os homens representavam 72,8% e o rácio homem/mulher era de 2,7⁷. No entanto, é necessário ter em conta que, ao longo da vida, as mulheres apresentam uma maior frequência de perturbações mentais e uma maior utilização dos serviços devido às mesmas (19,1% vs 10,9%)²⁴, o que pode justificar a menor predominância de homens encontrada na amostra. A mediana global da idade à data da notificação (33 anos)

está de acordo com aquela verificada nos casos acumulados, em que 52,7% dos casos registados com idade conhecida se encontra entre os 25 e os 39 anos⁷.

A taxa reduzida de conjugalidade, as baixas qualificações escolares e percentagem elevada de inatividade profissional (64,6%, associando desempregados e reformados) que encontramos são, também, apoiadas pela literatura¹⁰. Além disso, é importante notar que estes aspetos constituem factores de risco sociodemográficos para a incidência de várias perturbações psiquiátricas²⁴.

No que diz respeito à infeção pelo VIH, o predomínio que verificámos do VIH do tipo 1 em relação ao tipo 2 vai de encontro ao reportado

nos casos acumulados, em que aqueles correspondem, respetivamente, a 94,8% e 3,2% do total de casos notificados⁷.

Em Portugal, nos últimos anos, tem-se assistido a uma inversão do padrão epidemiológico relativo à categoria de transmissão dos casos notificados. Assim, constata-se que existe um aumento de casos correspondentes à transmissão heterossexual e uma tendência evolutiva decrescente dos UDI²⁵. De facto, apesar da via de infeção que contabiliza maior número de casos de SIDA acumulados ser a categoria UDI (43,0%), a análise da tendência temporal do número de casos registados na última década para as diferentes categorias, mostra que a transmissão heterossexual é aquela que apresenta um maior registo anual de casos (mais de 50% dos casos de SIDA)⁷, sendo que a amostra estudada espelha este aspeto pertinente. O valor da percentagem obtido para a fonte de infeção HSH aproxima-se daquele encontrado nos casos acumulados (17,2% e 12,6%, respetivamente)⁷. O facto da categoria UDI ser muito mais frequente nos homens do que nas mulheres também está de acordo com os registos encontrados para os casos acumulados⁷.

A prevalência global (30,1%) da coinfeção pelo VHC, nestes doentes VIH-positivos, está incluída no intervalo das estimativas feitas para a população europeia, que variam de 25 a 40%. Estes valores elevados podem ser explicados pela semelhança dos modos de transmissão de ambos os vírus²⁶. A multiplicidade dos motivos de referenciação e de diagnósticos estabelecidos após a avaliação psiquiátrica vai de encontro aos dados da literatura, que mostram que os doentes seropositivos para o VIH, portadores de uma doença de natureza

crónica, imprevisível e estigmatizante⁸, apresentam vários sintomas de sofrimento psicológico, assim como quadros psicopatológicos estáveis, em comorbilidade ou em duplo diagnóstico, designadamente perturbações afetivas ou ansiosas, psicoses esquizofreniformes ou exógenas, perturbações da personalidade, consumo de drogas ilícitas²⁷, com consequente diminuição da quantidade e da qualidade de vida²³. De referir que a maior prevalência da sintomas depressivos como motivo de referenciação está de acordo com os estudos publicados, que mostram que as taxas de depressão entre indivíduos seropositivos aproxima-se dos 50%²⁸ e constitui a causa de intervenção psiquiátrica mais frequente²⁹. Também o facto de as mulheres apresentarem mais perturbações depressivas e perturbações de ansiedade, e os homens mais perturbações mentais e de comportamento induzidas por abuso de substâncias, vai de encontro aos dados epidemiológicos das perturbações psiquiátricas da população adulta de Portugal²⁴. De referir, ainda, que um dos motivos de referenciação para a consulta de Psiquiatria-Psicoimunologia foi a não adesão ao TARc. Efetivamente, apesar da simplificação posológica, diminuição da toxicidade e aumento da tolerabilidade crescentes dos esquemas de TARc disponíveis, a adesão aos mesmos ainda representa um importante desafio para as equipas clínicas³⁰. Tal facto pode justificar-se quer pela comorbilidade psiquiátrica referida, quer pela fraca motivação para o tratamento, assim como pelos efeitos colaterais dos fármacos e pelas interações sociofamiliares maioritariamente negativas^{10,30}. A ausência de qualquer correlação entre a variável TARc e as variáveis nível de escolaridade,

situação ocupacional, tempo de notificação da infeção por VIH, história psiquiátrica, consumo de álcool e/ou drogas ilícitas e coinfeção pelo VHC, pode ser explicada pelo facto de a amostra ser constituída exclusivamente por doentes que recebem cuidados médicos pela especialidade de Doenças Infecciosas.

A coinfeção pelo VHC foi significativamente mais frequente nos doentes do sexo masculino, nos reformados, nos desempregados, naqueles com UDI, naqueles com história psiquiátrica e nos que consumiam álcool e/ou drogas ilícitas, o que vai de encontro aos dados da literatura. A prevalência significativamente superior das categorias de diagnóstico PMCSF nos doentes com consumo de álcool e/ou drogas ilícitas e naqueles com coinfeção pelo VHC é compreensível, tendo em conta a forte associação conhecida entre o VHC e o UDI, estimando-se que cerca de 70-80% daqueles com UDI sejam positivos para o anti-VHC²⁶. Nesta amostra clínica era também expectável verificar que a psicose esquizofrénica é significativamente mais prevalente nos doentes com consumo de álcool e/ou drogas ilícitas, tendo em conta a elevada comorbilidade entre ambos, bem como a noção de que esta co-ocorrência contribui para a descompensação psicopatológica destes doentes³¹.

A perturbação de adaptação apresentou uma distribuição semelhante entre as quatro categorias de tempos de notificação. De facto, os doentes VIH-positivos vão-se deparando com diversos *stressores* ao longo de todo o curso da infeção, que podem levar ao acréscimo de um adoecer psíquico¹⁵. O facto de as categorias de diagnóstico episódio depressivo, perturbações de ansiedade, psicose esquizofrénica, psicose

não esquizofrénica, síndromes demenciais e perturbações da personalidade serem significativamente mais frequentes nos doentes notificados há mais de 5 anos é apoiado pela literatura que mostra que, de um modo geral, à medida que a infeção pelo VIH progride, a prevalência destas perturbações psiquiátricas aumenta³²⁻³⁴.

Este estudo faz a caracterização sociodemográfica e clínica dos doentes infetados por VIH que são referenciados pela primeira vez a uma consulta de Psiquiatria-Psicoimunologia, tendo em conta várias variáveis, fazendo a comparação da distribuição das mesmas entre sexos, e avaliando possíveis correlações entre diversas variáveis, o que consideramos serem aspetos enriquecedores num estudo de natureza transversal. Por outro lado, esta consulta recebe todos os pedidos do SDI do CHSJ, referência para a infeção pelo VIH na zona norte do país. Em termos de limitações metodológicas, dado tratar-se de um estudo clínico, encontra-se limitado àqueles doentes que recebem cuidados de saúde, nomeadamente pelo SDI, e que são referenciados à consulta de Psiquiatria-Psicoimunologia do CHSJ, não abrangendo, portanto, aqueles doentes que possam eventualmente recorrer a outra consulta de Psiquiatria ou aqueles que, apesar de desenvolverem patologia psiquiátrica, não sejam referenciados à consulta da especialidade.

CONCLUSÃO

Em suma, a infeção por VIH é uma doença somática com clara expressão psíquica, sendo essencial que os seus portadores sejam abordados de forma multidisciplinar e biopsicossos-

cial. Ao longo do curso da infecção, os doentes seropositivos deparam-se com uma miríade de *stressores* que podem levar a um estado de *stress* crónico, esgotando os seus recursos individuais de confronto e exercendo um impacto negativo considerável na adaptação do indivíduo às exigências com que se depara, e assim tornando-o mais vulnerável para adoecer psicologicamente³⁵. A disponibilidade de uma assistência psiquiátrica eficaz para estes doentes revela-se, portanto, crucial para o seu tratamento, modificando o curso da doença, melhorando o prognóstico e a qualidade de vida, e contribuindo, igualmente, para a contenção da propagação da infecção por VIH^{36,37}. Neste sentido, é crucial a investigação futura, sobretudo com estudos longitudinais, acerca da forma como o sistema psicológico influencia a evolução e o prognóstico da infecção por VIH, de modo a tornar possível a implementação das estratégias farmacológicas e psicoterapêuticas mais apropriadas^{10,38,39}.

Conflitos de Interesse / *Conflicting Interests*:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

The authors have declared no competing interests exist.

Fontes de Financiamento / *Funding*:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

The author have declared no external funding was received for this study.

Bibliografia / *References*

1. Ader R, Cohen N, Felten D. Psychoneuroimmunology: interactions between the nervous sys-

tem and the immune system. *The Lancet*. 1995; 345(8942):99-103.

2. Figueira ML, Ouakinin S. From psychosomatic to psychological medicine: what's the future? *Curr Opin Psychiatry*. 2008; 21(4):412-6.
3. Ulla S, Remor EA. Psiconeuroimunologia e Infecção por HIV: Realidade ou Ficção. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2002; 15(1):113-119.
4. Dunn AJ. Psychoneuroimmunology: introduction and general perspectives. In: Leonard BE, Miller K, editors. *Stress, the immune system and psychiatry*. Chichester: John Wiley and Sons Ltd. 1996; 1-16.
5. Besedowsky H. Psychoneuro-immunology: An Overview. In: Schmoll HJ, Tewes U, Plotnikoff NP, editors. *Interactions between brain, nervous system, behavior, endocrine and immune system*. New York: Hogrefe & Huber Publishing. 1992; 13-6.
6. Ouakinin S. Mediadores de integração entre o Sistema Nervoso Central e o Sistema Imunitário – A SIDA numa abordagem psiconeuroimnológica among inflammatory bowel disease patients. *Revista Portuguesa de Psicossomática*. 1999; 1(2):91-111.
7. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP, e outros. Infecção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2013 / Departamento de Doenças Infecciosas do INSA. Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica; colab. Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA. Direção-Geral da Saúde. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP, 2014.
8. Barrio C, Shoffner ME. The Career Counselling with persons living with HIV: An ecological approach. *Career Development Quarterly*. 2005; 53(4):325-336.

9. Bragança M. Alguns aspetos psicológicos do Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. *Andrologia Clínica: Sociedade Portuguesa de Andrologia*. 2000; 547-54.
10. Bragança M. Quando a infeção ameaça a mente. Uma investigação sobre a deterioração cognitiva associada à infeção pelo VIH. *Dissertação de Doutoramento em Medicina. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto*. 2012.
11. Gala C, Pergami A, Catalan J, Durbano E, Musiccio M, Riccio M, et al. The psychosocial impact of HIV infection in gay men, drug users and heterosexuals. Controlled investigation. *Br J Psychiatry*. 1993; 163(5):651-9.
12. Cohen MA, Gorman JM. *Comprehensive Textbook of AIDS Psychiatry*. New York: Oxford University Press. 2008; 3-14.
13. Stein M, Herman DS, Trisvan E, Pirraglia P, Engler P, Anderson BJ. Alcohol use and sexual risk behavior among human immunodeficiency virus-positive persons. *Alcohol ClinExp Res*. 2005; 29(5):837-43.
14. Braithwaite RS, McGinnis KA, Conigliaro J, Maisto SA, Crystal S, Day N, et al. A temporal and dose-response association between alcohol consumption and medication adherence among veterans in care. *Alcohol ClinExp Res*. 2005. 29(7):1190-7.
15. Cabaj, R. Management of anxiety and depression in HIV-infected patients. *Journal of the International Association of Physicians in Aids Care*. 1996; 2(6):11-16.
16. Vinhas RSA. A expressão da Ansiedade e da Depressão em pacientes com VIH/SIDA. *Dissertação de Mestrado em Psicologia. Universidade Fernando Pessoa*. 2008.
17. Thompson LM. Dealing with AIDS and fear: would you accept cookies from an AIDS patient? *South Med J*. 1987; 80(2):228-32.
18. Stoff DM. Mental health research in HIV/AIDS and aging: problems and prospects. *AIDS*. 2004; 18(Suppl 1):3-10.
19. Cournos F, McKinnon K, Sullivan G. Schizophrenia and comorbid human immunodeficiency virus or hepatitis C virus. *J Clin Psychiatry*. 2005; 66 (suppl 6):27-33.
20. Wang X, Douglas SD, Metzger DS, Guo CJ, Li Y, O'Brien CP, et al. Alcohol potentiates HIV-1 infection of human blood mononuclear phagocytes. *Alcohol ClinExp Res*. 2002; 26(12):1880-6.
21. Miguez MJ, Shor-Posner G, Morales G, Rodriguez A, Burbano X. HIV treatment in drug abusers: impact of alcohol use. *Addict Biol*. 2003; 8(1):33-7.
22. Chen W, Tang Z, Fortina P, Patel P, Addya S, Surrey S, et al. Ethanol potentiates HIV-1 gp-120-induced apoptosis in human neurons via both the death receptor and NMDA receptor pathways. *Virology*. 2005; 334(1):59-73.
23. Angelino AF, Treisman GJ. Management of psychiatric disorders in patients infected with human immunodeficiency virus. *Clin Infect Dis*. 2001; 33(6):847-56.
24. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em números - 2014. Programa Nacional para a Saúde Mental. Direção-Geral da Saúde. Lisboa. 2014.
25. DDI-URVE. A situação em Portugal a 31 de dezembro de 2010. 2011; www.pnvihsida.dgs.pt.
26. Marinho RT. A Doença Hepática na Infecção VIH. Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida. 2007; www.pnvihsida.dgs.pt

27. Fernandez F, Ruiz P. Psychiatric Aspects of HIV/AIDS. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins. 2006; 119-126.
28. Morrison MF, Petitto JM, Have TT, Gettes DR, Chiappini MS, Weber AL, et al. Depressive and anxiety disorders in women with HIV infection. *Am J Psychiatry*. 2002; 159(5):789-96.
29. Strober DR, Schwartz SA, McDaniel JS, Abrams RF. Depression and HIV disease: prevalence, correlates and treatment. *Psychiatr Ann*. 1997; 27(5):372-7.
30. Recomendações Portuguesas para o Tratamento da Infecção VIH/SIDA. Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA. Lisboa. 2011; www.pnvihsida.dgs.pt.
31. Petrakis IL. Schizophrenia and Substance Abuse: Is There a Role for Atypical Antipsychotics? *Psychiatric Times*. 2007;24(1):35-35.
32. Owe-Larsson B, Säll L, Salamon E, Allgulander C. HIV infection and psychiatric illness. *Afr J Psychiatry*. 2009; 12(2):115-128.
33. NebhinaniN, Mattoo SK. Psychotic Disorders with HIV Infection: A Review. *German J Psychiatry*. 2013; 16(1):43-48.
34. Arseniou S, Arvaniti A, Samakouri M. HIV infection and depression. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2014; 68(2):96-109.
35. Leserman J, Petitto JM, Golden RN, Gaynes BN, Gu H, Perkins DO, et al. Impact of stressful life events, depression, social support, coping, and cortisol on progression to AIDS. *Am J Psychiatry*. 2000; 157(8):1221-8.
36. Himelhoch S, Moore RD, Treisman G, Gebo KA. Does the presence of a current psychiatric disorder in AIDS patients affect the initiation of antiretroviral treatment and duration of therapy? *J Acquir Immune DeficSyndr*. 2004; 37(4):1457-63.
37. Pieper AA, Treisman GJ. Drug treatment of depression in HIV-positive patients: safety considerations. *Drug Saf*. 2005; 28(9):753-62.
38. Leserman J. HIV disease progression: depression, stress, and possible mechanisms. *Biol Psychiatry*. 2003; 54(3):295-306.
39. Gore-Felton C, Koopman C. Behavioral mediation of the relationship between psychosocial factors and HIV disease progression. *Psychosom Med*. 2008; 70(5):569-74.